

入 所 申 出 書

年 月 日

函館市長 様

	住所	函館市	町	丁目	番	号
入所希望者	ふりがな	氏	名			印
	生年月日		年	月	日	
	個人番号					
	電 話			局		番
	住 所					
養護者等	ふりがな	氏	名			印
	本人との続柄					
	電 話			局		番

次のとおり養護老人ホームに入所したいので申し出ます。

なお、この申出に関し、入所措置の決定に必要な範囲で収入等に関する調査を行うことについて同意します。

- 1 入所希望者の状況
- 2 入所を希望する施設の所在地
- 3 入所を希望する理由
- 4 身体・精神の状況
- 5 家族・住居の状況

別紙のとおり

添付書類

健康診断書

5. 精神の状態

(1) 性格

- 朗らか 親しみやすい 几帳面 こり性
自分のことを気にしやすい 人にとけこめない 融通がきかない
好き嫌が多い わがまま 頑固 短気 無口

(2) 対人関係 拒否的である 普通 協調的である

(3) 日常生活の様子

下記に該当するものはない

認知症の中核症状がある ※ある場合、あてはまる項目に○をつけてください

財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがある	いつも ある	時々 ある
周りの人から「いつも同じ事を聞く」など、もの忘れがあるとされる	いつも ある	時々 ある
5分前に聞いた話を思い出せないことがある	いつも ある	時々 ある
今日が何月何日かわからないときがある	いつも ある	時々 ある
予約日とは違う日に病院に通うことがある	いつも ある	時々 ある
自分の部屋がわからないことがある	いつも ある	時々 ある

(4) その他の症状	
<input type="checkbox"/> 下記に該当するものがある	<input type="checkbox"/> 下記に該当するものはない
<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 火の不始末をする事がある <input type="checkbox"/> 頻繁に火の不始末をする事がある <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 寝付きが悪い、なかなか眠れない <input type="checkbox"/> 眠剤を服用している <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚	<input type="checkbox"/> 確かに聞こえている、見えているのに、周りの人が否定する <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 悪口を言われた、いじめを受けたと訴えるが、実際には何も起きていない <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 理由がない、または、理由があってもそれと不釣り合いに強く不安を感じる <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> うつ・抑うつ	<input type="checkbox"/> 1日中気分が落ち込んでいる <input type="checkbox"/> ここ2週間、何をしても楽しくない <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 心気症状	<input type="checkbox"/> 検査では異常ないが、重い病気にかかっているのではないかと心配し続ける <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 焦燥	<input type="checkbox"/> 焦りや疎外感を感じる <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 入浴等を嫌がり、させようとする抵抗する <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 自分の衣服を裂く・破く <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> 自殺を図る <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 攻撃的な言葉を吐く <input type="checkbox"/> 乱暴なふるまいを行う <input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 不穏興奮	<input type="checkbox"/> 時々興奮し騒ぎ立てる <input type="checkbox"/> いつも興奮し騒ぎ立てる <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 大声や奇声	<input type="checkbox"/> 今まで温厚だったが、大声で怒鳴るようになった <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 過食・異食	<input type="checkbox"/> 手当たり次第に目に付く物を食べる <input type="checkbox"/> 食べ物ではない物を食べようとする <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 衣服等を汚す <input type="checkbox"/> 場所を構わず放尿・排便する <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 時々失禁する <input type="checkbox"/> いつも失禁する <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 自宅にいても「家に帰りたい」と訴える <input type="checkbox"/> 「家に帰る」と自宅を出て行く <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 昼間うとうとして夜眠れない <input type="checkbox"/> 夜中に外出の準備をする <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 時々部屋でうろうろすることがある <input type="checkbox"/> 屋内をあてもなく歩きまわる <input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩きまわる <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他	

6. 収入・資産・負債の状況

(1) 定期的な収入 ※年金（遺族年金・障害年金を含め全て）や給与	名 称	記号番号	金 額（年額）
(2) 資産	名称：	規模：	評価額： 円
(3) 負債	名称：	借入年月日：	金額： 円
(4) 生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日保護受給開始）		

7. 健康保険・扶養の状況

(1) 健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 社保（本人・家族）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 扶養関係				
入所希望者を・税の扶養親族としている方	(氏名			続柄)
・保険等の扶養としている方	(氏名			続柄)
・給与等の扶養手当の対象としている方	(氏名			続柄)
入所希望者に仕送りをしている方	(氏名			続柄)

8. 入所希望者の生活歴

(1) 出生地	
(2) 学歴	
(3) 職歴	
(4) 結婚歴	年 月 日 子供 人
	年 月 日 子供 人
(5) 生活歴	
	※父母の職業
	※結婚前の職業や居住地
	※結婚後の職業、配偶者の職業や居住地
	※退職後の生活、趣味などについて、できるだけ詳しく記入してください。
(6) 病歴	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	現在治療中のものや、過去に手術をした疾病などを記入してください。
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)

健康診断書(養護老人ホーム入所用)

氏名	男・女	生年月日	・ ・ (歳)			
住所						
身 体 の 状 況	現在の疾病状況	病名・発症年月・服薬の有無・治癒状況(または「治療内容」など)				
	既往症	病名・発症年月・現状				
	結核	有(感染の危険性:有・無 / 治療の必要性:有・無)・無				
	肝炎	HBS抗原 + (感染の危険性:有・無 / 治療の必要性:有・無)・-				
		HCV抗体 + (感染の危険性:有・無 / 治療の必要性:有・無)・-				
	その他の感染症	有() (感染の危険性:有・無 / 治療の必要性:有・無) ※無の場合は記載不要				
	膀胱・直腸障害	無・有 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無)				
	起居動作の状況	歩行(可・否) 起立(可・否) 起座(可・否) 寝たきり				
	栄養状態等	良・中等・不良	身長	cm	体重	kg
	精神疾患または認知症の状態	無・有 { 疾患名:精神・神経症状 }				
認知症の中核症状	<input type="checkbox"/> 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
認知症の周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()					
検 査 の 状 況	検尿	糖() 蛋白() ウロビリノーゲン() 潜血()				
	血圧	(/)				
	レントゲン所見	撮影日(年 月 日) 所見()				
	その他の所見 (血液検査等)					
医学的判定	1 要入院 2 要通院(養護老人ホーム入所:可・否) 3 入通院不要(養護老人ホームの入所は可能) 4 入院中であるが養護老人ホーム入所により退院可能 (退院後:要通院・通院不要)					
養護老人ホーム入所に関する所見						
上記のとおり診断します。 年 月 日 住所 医療機関名 医師名 印						

収入申告書

年 月 日

函館市長様

氏 名 印

入所年月日 年 月 日

私の 年中の収入について下記のとおり申告します。

入所施設名		養護老人ホーム入所者のみ:()人部屋入居	
通知書番号			
	種 類	金 額	備 考
収入 A	恩給・年金等収入	円	
	国民年金 () 厚生年金 () 共済年金 恩 給		
	財産収入		
	利子・配当収入		
	その他収入		
	計		
必要 経 費 B	租 税	円	
	医療費		
	社会保険料 ・国保料 ・後期高齢者医療保険料 ・介護保険料 その他必要経費 ()		
	()		
	計		
	差 引 額 (A-B)	円	
※認 定	階層	円	
	[養護老人ホーム () 人部屋入居につき %減額		円]

※欄は記入しないでください。

所得税額等申告書

年 月 日

函館市長様

住所 _____

氏名 _____ 印

年中の収入に係る所得税等について、次のとおり申告します。

なお、職権で負担金算定のため税務調査をされることに異議はありません。

施設名	
入所者氏名	
年分の所得税額	
年度分 市町村民税額 (該当欄に○印をつけてください。)	1 非課税 2 課税 ア 均等割課税 円 イ 所得割課税 円
生活保護法の適用	有 ・ 無
備考	
	※認定 階層 円

(注) 添付書類 (必ず添付してください。)

所得税額関係 ; **年分**

給与所得の源泉徴収票の写, 確定申告書の写, 納税証明書
公的年金等の源泉徴収票の写

市町村民税関係 ; **年度分**

市町村民税課税通知書の写または, 課税証明書

生活保護受給者 ; 受給証明書